
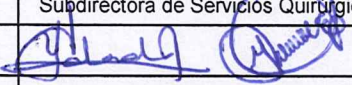


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>B A F T O</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 1 de 26

**HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01 PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN
DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE**

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 2 de 26

1.0 Propósito

- 1.1 Proporcionar lineamientos de actuación al profesional involucrado en la atención del potencial donador de órganos y tejidos con fines de trasplante.



2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Enfermería y Servicio de Quirófanos.
- 2.2 A nivel externo aplica al Centro Estatal de Trasplantes (CETRA) y Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA).

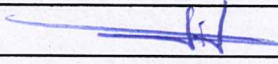


3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 El cuidador primario debe dar aviso vía telefónica, de todo potencial donante que presenta pérdida de la vida por paro cardiorrespiratorio (PCR) o muerte encefálica (ME), a la Coordinación de Donación y Trasplantes.
- 3.2 El Jefe del Servicio de Quirófanos debe integrar mediante el sistema iHis, el episodio quirúrgico del donante, al episodio de hospitalización del receptor, de tal forma que el costo de la procuración realizada en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) sea absorbido por el o los receptores beneficiados.
- 3.3 Los órganos y/o tejidos donados deben ser procurados en el Servicio de Quirófano Central, Cirugía Ambulatoria o Puesto de Sangrado, según el caso, por el Personal Médico del HRAEB.
- 3.4 En caso de no tener receptores para los órganos y/o tejidos donados en el HRAEB, la procuración debe realizarla el personal médico de la institución receptora de dichos órganos y/o tejidos.
- 3.5 La Dirección de Operaciones y la Dirección de Administración y Finanzas debe proveer el transporte y los insumos necesarios al Equipo Procurador, cuando la donación sea en otra unidad hospitalaria.
- 3.6 El Personal de Gerencia Social es el responsable de realizar las entrevistas personales para las peticiones de donación de órganos y tejidos, a los disponentes secundarios de los donantes potenciales.
- 3.7 Las autoridades judiciales deben firmar la anuencia de no inconveniente para la procuración de órganos y/o tejidos en los casos de pérdida de la vida por causas médico legales.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 3 de 26

- 3.8 El Personal Médico del HRAEB debe requisitar el formato para la Certificación. (Ver Anexo 10.1 Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante).
- 3.9 Los disponentes secundarios del cadáver deben firmar el consentimiento respectivo. (Ver Anexo 10.2 Consentimiento para Disposición de Órganos y Tejidos de Cadáveres con Fines de Trasplante).
- 3.10 Es responsabilidad del Coordinador de Donación y Trasplantes, requisitar el acta de intervención. (Ver Anexo 10.3 Acta de Intervención para la Disposición de Órganos y Tejidos de Cadáveres a los que se ordena la necropsia).
- 3.11 En caso de duda razonable en las consecuencias de la procuración, el Coordinador de Donación y Trasplantes debe interrumpir el proceso de donación y registrarlo en la bitácora de donación, salvaguardando la integridad de los profesionales involucrados y de la institución. (Ver Anexo 10.4 Bitácora de Donación).
- 3.12 Los eventos adversos generados durante el proceso de donación – procuración, deben ser reportados de la manera establecida por el Área de Calidad.
- 3.13 Cuando no existan receptores para los órganos y/o tejidos a procurar en la base de datos del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes, el Coordinador de Donación y Trasplantes debe solicitar vía telefónica apoyo al CENATRA para buscar receptores, siguiendo la reglamentación publicada por el Centro.
- 3.14 Con la finalidad de evitar el contagio del virus SarsCoV2, el Equipo Médico Procurador se deberá apegar a lo establecido en el Plan de Reactivación de los Programas de Donación y Trasplantes, emitido por el CENATRA.
- 3.15 Al término de la procuración será responsabilidad de Personal de Gerencia Social, acompañar el cuerpo al mortuorio siempre salvaguardando su dignidad humana, para posteriormente entregar a familia del paciente el cuerpo con el certificado de defunción.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 4 de 26




4.0 Descripción del procedimiento



Etapa 1.0 Identificación de potencial donante	Responsable: Cuidador Primario
<p>1.1 Identifica al paciente que presenta pérdida de la vida al tener el diagnóstico de cese irreversible de las funciones encefálicas con base a la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico de Muerte Encefálica" o de las funciones cardiovasculares y respiratorias.</p> <p>1.2 Requisita el formato para la certificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante <p>1.3 Elabora certificado de defunción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de defunción. <p>1.4 Solicita al Área de Laboratorio, Puesto de Sangrado e Imagenología, exámenes de valoración del donador y aplica criterios de exclusión acorde al "RI-DM-SSQ-JSNTR-CT-01 Reglamento Interno de Inclusión y Exclusión de Donantes de Órganos y/o Tejidos con Fines de Trasplante".</p> <p>1.5 Informa vía telefónica la presencia de potencial donante con pérdida de la vida al Coordinador de Donación y Trasplantes.</p>	
Etapa 2.0 Confirmación del potencial donante	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplante
<p>2.1 Valora el Expediente Clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expediente Clínico. <p>¿Es positivo alguno de los criterios de exclusión según el documento RI-DM-SSQ-JSNTR-CT-01? Si:</p> <p style="text-align: center;">TERMINA EL PROCEDIMIENTO</p> <p>No: Pasa a la etapa 3.0.</p>	
Etapa 3.0 Información del caso	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplante
3.1 Informa vía telefónica al Personal de Gerencia Social, los datos del cadáver.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021


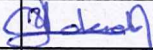


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 5 de 26



Etapa 4.0 Solicitud de donación	Responsable: Personal de Gerencia Social
<p>4.1 Solicita al disponente secundario la donación de órganos y/o tejidos del cadáver.</p> <p>¿Los disponentes secundarios aceptan la donación?</p> <p>Si: Pasa a la etapa 5.0. No:</p> <p style="text-align: center;">TERMINA EL PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 5.0 Requisitado de documentación	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplante
<p>5.1 Requisita el consentimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Consentimiento para disposición de órganos y tejidos de cadáveres con fines de trasplante. <p>5.2 Requisita el acta de intervención, en los casos médico – legales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Acta de intervención para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres a los que se ordena la necropsia. <p>5.3 Solicita copia de identificación oficial a los disponentes secundarios.</p> <p>5.4 Tramita la anuencia del Ministerio Público en los casos médico-legales.</p> <p>¿Se cuenta con la documentación necesaria?</p> <p>Si: Pasa a etapa 6.0. No:</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 6.0 Logística de la extracción quirúrgica	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplante
<p>6.1 Coordina con la Jefatura de Servicio de Quirófanos la disponibilidad de tiempo quirúrgico para la extracción.</p> <p>6.2 Informa vía telefónica a los equipos procuradores la hora de extracción quirúrgica.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

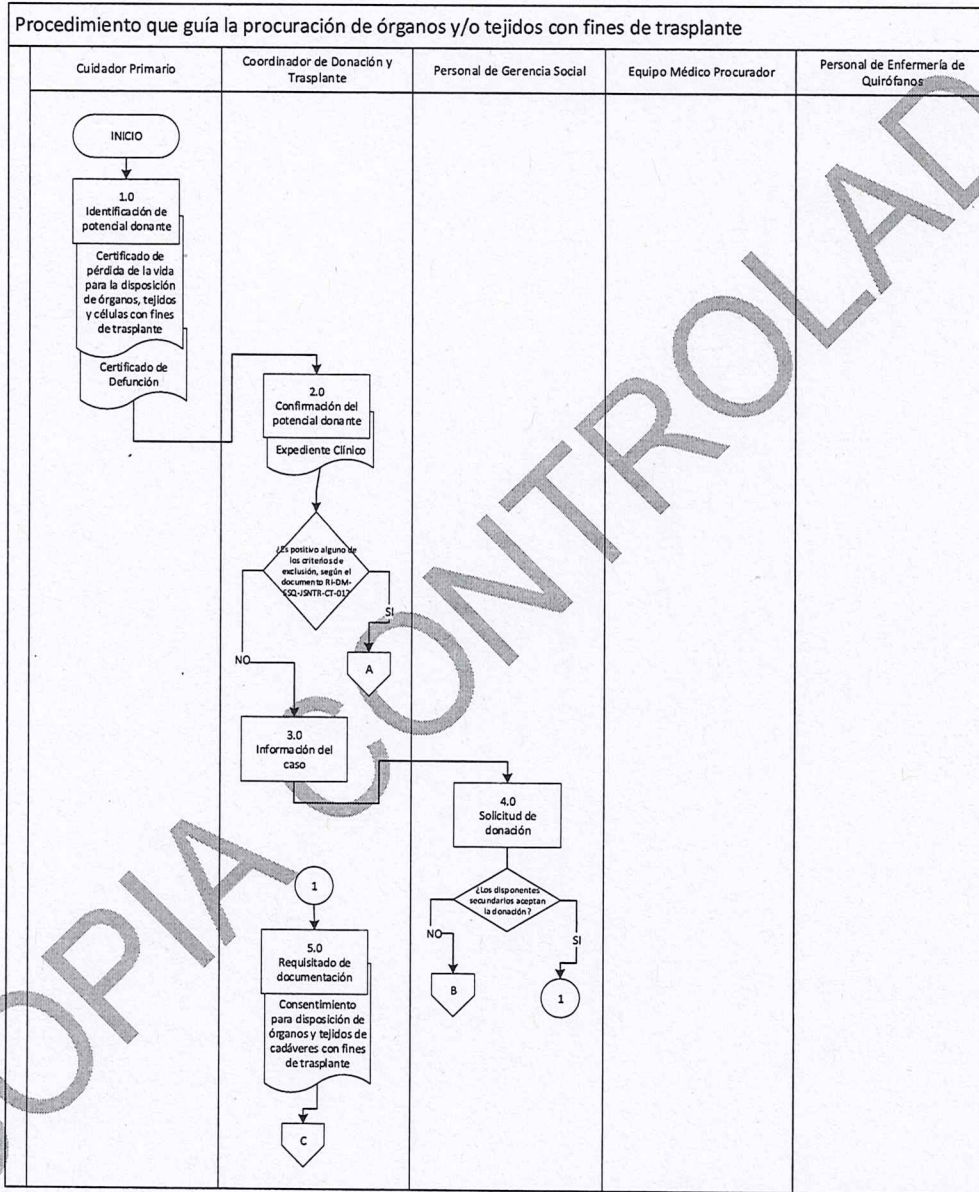
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 6 de 26

Etapa 7.0 Extracción Quirúrgica	Responsable: Equipo Médico Procurador
7.1 Realiza procuración quirúrgica de los órganos y/o tejidos donados.	
7.2 Dignifica el cuerpo.	
7.3 Realiza nota post-quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja quirúrgica. • Hoja de registro clínico de enfermería. Procedimientos quirúrgicos. 	
7.4 Efectúa el embalaje de los órganos y/o tejidos procurados.	
Etapa 8.0 Preparación del cadáver	Responsable: Personal de Enfermería de Quirófanos
8.1 Identifica el cadáver conforme al MP-DG-01 Manual de Procedimientos de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.	
8.2 Amortaja el cadáver una vez terminada la procuración de órganos y/o tejidos con fines de trasplantes.	
8.3 Entrega el cadáver al personal de Gerencia Social	
Etapa 9.0 Entrega del reconocimiento al mérito	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes
9.1 Entrega el reconocimiento al mérito a la familia del donante. <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento al mérito. 	
Etapa 10.0 Entrega del cadáver	Responsable: Personal de Gerencia Social
10.1 Recibe el cadáver por parte del Personal de Enfermería de Quirófanos.	
10.2 Entrega el cadáver a los familiares.	
TERMINA EL PROCEDIMIENTO	

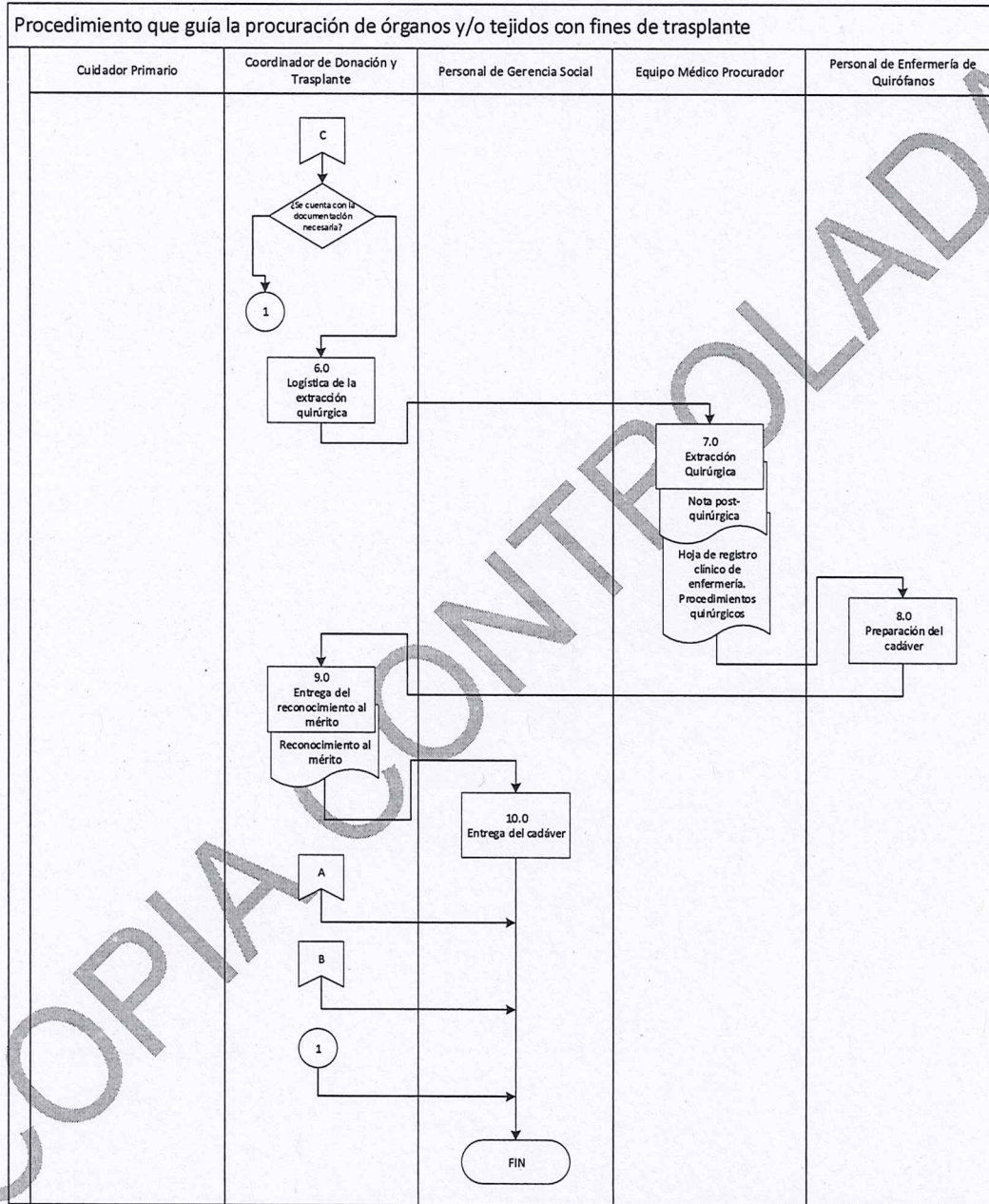
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 7 de 26



5.0 Diagrama de flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>S A I T O</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 9 de 26



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Daniel Carreño. (2014). Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplantes. 14 octubre 2014, de Centro Nacional de Trasplantes Sitio web: http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/marco_normativo_lineamientos_asignacion.html	No Aplica
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2011). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico de Muerte Encefálica. 17 de octubre 2014, de CENETEC Sitio web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/488_GPC_DxMuerteCncefxlica/GPC_Muerte_Encefalica.pdf	SSA – 488 – 11
Reglamento Interno de Trabajo para Inclusión y Exclusión de Donantes de Órganos y/o Tejidos con Fines de Trasplante. Publicado en Noviembre del 2014.	RI – DM – SSQ – JSNTR – CT – 01
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. 17 de Octubre del 2014, de Secretaria de Salud Sitio web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MT.pdf	No Aplica.
Ley General de Salud. Publicada en el D.O.F., el 04 de junio de 2014, hasta su última reforma.	No Aplica
Plan de Reactivación de los Programas de Donación y Trasplantes, publicado en la página web https://www.gob.mx/cenatra/documentos/plan-nacional-de-reactivacion-de-los-programas-de-donacion-y-trasplantes-246588 , el 11 de diciembre de 2020.	No Aplica
Manual de Procedimientos de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente. Aprobado por el COMERI EL 08 de diciembre de 2016.	MP – DG – 01

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	5 años	Subdirección de Tecnologías de la Información / Área de Archivo Clínico	No Aplica
Bitácora de Donación	5 años	Coordinación de donación y Trasplantes	No Aplica



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 10 de 26

8.0 Glosario

- 8.1 Amortajar:** Acción de vestir y envolver el cadáver para el entierro.
- 8.2 Base de datos:** Lista de pacientes en espera de ser trasplantados del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes.
- 8.3 Covid19:** Enfermedad producida por el virus SARS-CoV2.
- 8.4 Cuidador Primario:** Médico especialista de la rama troncal que da seguimiento a la atención integral del enfermo.
- 8.5 Disponente secundario:** Alguna de las siguientes personas: él o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante, quienes deciden la disposición final del cadáver.
- 8.6 Distribución:** Proceso a través del cual se determina el establecimiento de salud donde serán trasplantados los órganos y tejidos, obtenidos de un donador que haya perdido la vida.
- 8.7 Donación:** Acción por la cual una persona transfiere a otra gratuitamente, una parte o la totalidad de sus bienes presentes, en este caso su cuerpo.
- 8.8 Donador:** Sitio o paciente que dona el órgano o tejido trasplantado.
- 8.9 Episodio de hospitalización:** Registro de hospitalización de un paciente en el Sistema Informático del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.
- 8.10 Episodio quirúrgico:** Intervención médica registrada en el Sistema Informático del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.
- 8.11 Equipo Médico Procurador:** Personal médico y paramédico participante en la procuración quirúrgica de órganos y tejidos con fines de trasplante.
- 8.12 Muerte Encefálica (ME):** Pérdida de la vida que se presenta una vez que el encéfalo ha perdido sus funciones.
- 8.13 Paro cardiorrespiratorio (PCR):** Pérdida de la vida que se presenta una vez que el corazón y los pulmones han dejado de funcionar.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD S A T D	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 11 de 26

8.14 Potencial Donante: Aquel paciente fallecido que no tenga contraindicaciones absolutas para donar como Cáncer, portador de Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Hepatitis B y C, Tuberculosis, sepsis generalizada.

8.15 Procuración: Conjunto de prácticas y procedimientos tendientes a contar con órganos y tejidos para ser trasplantados en pacientes que los necesitan.

8.16 Receptor: Sitio o paciente que recibe el órgano o tejido trasplantado.



8.17 Trasplante: Transferir un órgano o un tejido desde su posición original (donante) a un nuevo lugar (receptor).

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Junio 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de políticas. • Actualización de la descripción del procedimiento. • Actualización del formato para elaborar procedimiento. • Actualización del Glosario. • Actualización de Anexos




COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD 5 A 1 1 0	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 12 de 26

10.0 Anexos

10.1 Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante. Hoja 1 de 2.

**CERTIFICADO DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN DE
ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTE.**

Médico que certifica: (1)

Cédula Profesional Número (2)

Manifiesta que de acuerdo a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud,
El / la C. (3)

Quien se encuentra en la cama/cuarto/núm. (4) del servicio de (5)
del hospital (6)
ubicado en (7)
ha perdido la vida.

De acuerdo al artículo 343 de la Ley General de Salud, la pérdida de la vida ocurre cuando se presenta la muerte encefálica.

En el mismo artículo se establece que la muerte encefálica se presenta cuando existen los siguientes signos:

- Ausencia completa y permanente de conciencia.
- Ausencia permanente de respiración espontánea.
- Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Así mismo, se ha descartado que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas y la muerte encefálica se ha corroborado a través de la(s) siguiente (s) prueba (s):
(8)


Con base en lo anterior, el que suscribe CERTIFICA LA PÉRDIDA DE LA VIDA de,
El / la C. (9)

ocurrida en la Ciudad de (10) a las _____ horas del día _____
del mes de _____ del año _____



(11)
Nombre y Firma

El presente documento se encuentra detalladamente elaborado con fundamento a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase en pensar al Centro Horizontal de Trasplantes (CENATRA) a los teléfonos 01 55 54 67 99 02 ext 31430 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República al 01 800 22 36 262, o al 01 54 23 54 34 00 05 o al 01 55 54 67 99 03.


Carretera Picacho Ajusco No. 154, 6° piso, Col. Jardines en la Montaña, C.P. 14210, Demarcación Territorial Tlalpan, México, Ciudad de México. Tel. (55) 54879902 www.gob.mx/cenatra





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 13 de 26

Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.
Hoja 2 de 2.










**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL DOCUMENTO DEL REGISTRO NACIONAL DE
TRASPLANTES (SIRNT)
ESTE FORMATO DEBERA LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE.**

- 1.- Nombre del médico que certifica.
- 2.- Número de Cédula Profesional del médico que certifica.
- 3.- Nombre completo del potencial donante.
- 4.- Número de cama donde se encuentra el potencial donante.
- 5.- Área hospitalaria donde se ubica al potencial donante.
- 6.- Nombre completo del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador.
- 7.- Ubicación del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador.
- 8.- Estudio electrofísico que demuestra ausencia de la actividad eléctrica y o del gabinete que demuestre ausencia de flujo intracraneal. Anotar uno solo. Fecha y hora del estudio.
- 9.- Nombre completo del potencial donante.
- 10.- Ciudad, hora, día, mes y año en que ocurrió la pérdida de la vida.
- 11.- Nombre y firma del médico que certifica la pérdida de la vida.


Carretera Picacho Ajusco No. 154, 6º piso, Col. Jardines en la Montaña, C.P. 14210, Demarcación Territorial Tlalpan, México, Ciudad de México, Tel. (55) 54879902 www.gob.mx/cenatra


2019


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – CDT – 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 14 de 26

10.2 Consentimiento para disposición de órganos y tejidos de cadáveres con fines de trasplante. Hoja 1 de 2.







**CONSENTIMIENTO PARA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y
TEJIDOS DE CADÁVERES CON FINES DE TRASPLANTE**

1.- DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE

NOMBRE: (11) _____ EDAD: (13) _____

SEXO: (2) _____

Diagnóstico de Ingreso (5) _____

Causa de la Muerte (53) _____ Fecha (56) _____ Hora (27) _____

Nombre del Hospital (18) _____

Domicilio del Hospital (19) _____

2.- CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Yo (110) _____ con parentesco por (111) _____, del hoy occiso (a) C. (112) _____, otorgo el consentimiento para donar (113) _____

En forma libre y voluntaria, siendo mayor de edad, estando en pleno uso de mis facultades mentales y después de haber sido informado lo suficiente acerca de la disposición, en virtud que el hoy occiso (a) nunca manifestó la negación a la donación de órganos y tejidos para que estos sean utilizados en forma altruista y gratuita con fines de trasplante.

3.- DATOS DEL FAMILIAR QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO.

(14) _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

(15) _____ (16) _____ (17) _____ (18) _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento _____ Escolaridad _____ Ocupación _____

Domicilio (19) _____ (20) _____

Calle y Número _____ Colonia o Localidad _____

(21) _____ (22) _____ (23) _____ (24) _____

Delegación o Municipio _____ Entidad Federativa _____ Código Postal _____ Ciudad _____

(25) _____
Firma del familiar que otorga el consentimiento

4.- DATOS DE DOS TESTIGOS.

(26) _____ (27) _____ Parentesco _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

Domicilio (28) _____ (29) _____

Calle y Número _____ Colonia o Localidad _____

(30) _____ (31) _____ (32) _____ (33) _____

Delegación política o Municipio _____ Entidad Federativa _____ Código Postal _____ Ciudad _____

(34) _____ (35) _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____ Parentesco _____

Domicilio (36) _____ (37) _____

Calle y Número _____ Colonia o Localidad _____



(38) _____ (39) _____ (40) _____ (41) _____

Delegación política o Municipio _____ Entidad Federativa _____ Código Postal _____ Ciudad _____




(42) _____ (43) _____

Firma del primer testigo _____ Firma del segundo testigo _____

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021


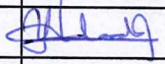


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJO	Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 15 de 26



Consentimiento para disposición de órganos y tejidos de cadáveres con fines de trasplante. Hoja 2 de 2.




INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL DOCUMENTO DE MODIFICACIONES AL SISTEMA INFORMÁTICO DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES (SIRNT)
ESTE FORMATO DEBE LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE.

- 1.- Nombre del potencial donante
- 2.- Sexo: Masculino / Femenino
- 3.- Edad en años del potencial donante
- 4.- Diagnóstico nosológico de ingreso a urgencias.
- 5.- Diagnóstico final nosológico y/o patológico, causa directa de muerte encefálica.
- 6.- Fecha en que ocurrió la pérdida de la vida
- 7.- Hora en que ocurrió la pérdida de la vida
- 8.- Nombre completo del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador
- 9.- Ubicación del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador
- 10.- Nombre completo del familiar que otorga el consentimiento
- 11.- Parentesco del familiar del potencial donante
- 12.- Nombre del potencial donante
- 13.- Órganos y/o tejidos que se donarán
- 14.- Nombre completo del familiar del potencial donante
- 15.- Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Unión libre
- 16.- Fecha de nacimiento día / mes / año
- 17.- Último grado de estudios
- 18.- Ocupación habitual
- 19.- Nombre de la calle, Número exterior
- 20.- Colonia o Localidad
- 21.- Delegación política o municipio
- 22.- Entidad Federativa
- 23.- Código postal
- 24.- Ciudad
- 25.- Firma del familiar que otorga el consentimiento
- 26.- Nombre completo del testigo del potencial donante
- 27.- Parentesco del testigo del potencial donante
- 28.- Nombre de la calle, núm. exterior, núm. Inter, del testigo del potencial donante
- 29.- Colonia o Localidad
- 30.- Delegación política o municipio
- 31.- Entidad Federativa
- 32.- Código postal
- 33.- Ciudad
- 34.- Nombre completo del testigo del potencial donante
- 35.- Parentesco del testigo del potencial donante
- 36.- Nombre de la calle, núm. exterior, núm. Inter, del testigo del potencial donante
- 37.- Colonia o Localidad
- 38.- Delegación política o municipio
- 39.- Entidad Federativa
- 40.- Código postal
- 41.- Ciudad
- 42.- Firma del primer testigo del potencial donante
- 43.- Firma del segundo testigo del potencial donante



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 16 de 26



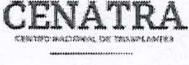
10.3 Acta de intervención para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres a los que se ordena la necropsia. Hoja 1 de 2.


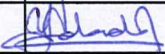
		
SECRETARÍA DE SALUD CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES		
ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA.		
Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso. Llénesse con letra de molde legible o a máquina.		
1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO		
Nombre o Razón Social		Número de Licencia sanitaria
Calle y Número		Colonia o Localidad
Delegación política o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal Teléfono (s)
2.- DATOS DEL DONADOR O DONANTE		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
		Edad
		Sexo
Causa de Muerte: _____		
Con certificación de pérdida de la vida, dada en la Ciudad de _____ a las _____ horas del día _____ del mes _____ del año _____.		
3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS A OBTENER		
Órganos y Tejidos que se van a obtener:		
4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO		
Número de la agenda		Colonia o Localidad
Calle y Número		
Delegación política o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal Teléfono (s)
Turno	Mes	
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Sello de Recibido </div>		
5.- COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTES		
Bajo protesta de decir la verdad manifiesto contar con las autorizaciones sanitarias correspondientes, así como cumplir y hacer cumplir los ordenamientos locales en materia de donación, trasplantes y órdenes de la vida de seres humanos.		
Nombre y Firma del Coordinador Hospitalario de Trasplantes		
<small>El presente documento es un formato debidamente elaborado con fundamento en los artículos 208, 243 y 244 de la Ley General de Salud, y en el artículo 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de seres humanos. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este formato, please llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SATCEL) o los teléfonos 54-20-20-00 en el D.F. y áreas metropolitanas, del interior de la República: sin costo para el usuario al 01-800-30-34600, o al 1-800-04-2072 desde Estados Unidos y Canadá o al Centro Nacional de Trasplantes en el Distrito Federal al 54-31-04-99 o desde el interior de la República al 01-800-01-70-64 y 01.</small>		



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 17 de 26


Acta de intervención para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres a los que se ordena la necropsia. Hoja 2 de 2

		
INSTRUCTIVO DE LLENADO ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA.		
1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO <ul style="list-style-type: none"> o Anotar el nombre o razón social. o Anotar el número de Licencia Sanitaria otorgada por el Centro Nacional de Trasplantes. o Anotar la calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad, Estado. 		
2.- DATOS DEL DONANTE O DISPONENTE <ul style="list-style-type: none"> o Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombre (s)). o Anotar la edad y el sexo. o Anotar la causa de la muerte (ejemplo: Muerte Cerebral secundaria a H.P.A.F. perforante de cráneo). o Anotar la ciudad, hora, día, mes, y año en que se haya certificado la pérdida de la vida. 		
3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS A OBTENER <ul style="list-style-type: none"> o Anotar que órganos o tejidos se van a obtener (ejemplo: riñón, derecho, hígado y córneas, etc.) 		
4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO <ul style="list-style-type: none"> o Anotar el número de la agencia del ministerio público en donde se lleva la averiguación previa. o Anotar la calle y número donde se encuentra. o Anotar el turno y la mesa donde se lleva la averiguación previa. o Anotar la fecha (día, mes y año). o Sello de recibido 		
5.- NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTES <ul style="list-style-type: none"> o Anotar nombre y firma del Coordinador Hospitalario de Trasplantes. 		
<p><u>ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCIÓN. EN HOJA TAMAÑO CARTA. LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS. EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.</u></p>		

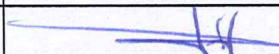
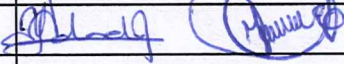

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>BAJIO</small>	Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 18 de 26

10.4 Bitácora de donación.



 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO COORDINACIÓN DE TRASPLANTES PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE BITACORA DE DONACIÓN						
NUM.	FECHA	NOMBRE DEL DONANTE	ASISTOLIA /MUERTE ENCEFALICA	UBICACIÓN HOSPITALARIA DEL DONANTE	ORGANOS Y/O TEJIDOS DONADOS	OBSERVACIONES
Nombre y firma: _____						





COPIA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD B. R. I. D. O.	Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 19 de 26

10.5 Hoja quirúrgica. Hoja 1 de 2.

		HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO		
HOJA QUIRÚRGICA.				
Nombre del paciente:		Número de expediente:	Fecha de intervención:	
Sexo:		Edad:	Fecha de la Solicitud:	
Servicio:				
Diagnóstico preoperatorio:		Operación planeada:		
Diagnóstico posoperatorio:		Procedimiento(s):		
Temperatura:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Pulso:				
Frec. Respiratoria:				
Peso:				
Talla:				
Descripción de la técnica:				
Hallazgos transoperatorios:				

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 20 de 26

Hoja quirúrgica. Hoja 2 de 2.

Reporte de Gasas y Compresas:

Incidentes y Accidentes:

Cuantificación de Sangrado:

Resultados de Estudios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento Transoperatorios:

Personal:

Cirujano Principal:

Cirujano Ayudante:

Anestesiólogo:

Instrumentista:

Circulante:

Estado Posquirúrgico Inmediato:

Plan de Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:

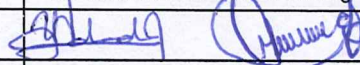
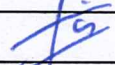
Pronóstico:



Envío de Piezas para Histopatología:

Otros Hallazgos de Importancia:

Guías de Práctica Clínica:

Nombre y firma del responsable de la cirugía:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021


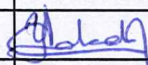


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD P.R. 110	Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 21 de 26



10.5 Certificado de Defunción.

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**


ANTES DE LLENAR LAS OTRAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO


(Note: The form contains numerous fields for personal data, cause of death, and medical history, with a large 'COPIA' watermark overlaid.)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 22 de 26

10.6 Reconocimiento al mérito.






Reconocimiento al mérito y altruismo del donador y su familia



Conozco lo inútil que resultará cualquier palabra que procure aliviar su profundo pesar por una pérdida tan abrumadora, solo puedo ofrecerles el consuelo que tal vez llegue en la gratitud de las personas que recibieron el regalo de vida que han realizado.

Levanto una oración a Dios para que atenúe su dolor y guarde en ustedes solo la memoria de su ser querido como lo era en vida, recordando que ya descansa y sintiendo el profundo orgullo de haber ofrecido tan inigualable acto de amor en aras de otro ser humano no conocido.

A nombre del personal involucrado en el Programa de Trasplantes y del mío propio les entrego unas palabras de agradecimiento y reconociendo el mérito de su altruismo deseando que estas palabras den un poco de tranquilidad después de la partida de _____.

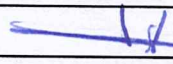
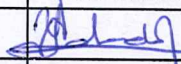

Dr. Ernesto Díaz Chávez
Coordinador de Donación y Trasplantes
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJO	Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - CDT - 01
	COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE		Hoja: 23 de 26

10.7 Hoja de registro clínico de enfermería. Procedimientos quirúrgicos. Hoja 1 de 4.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN		Fecha:		Cama:		Servicio: Quirófano Central: <input type="checkbox"/>		Grupo Ambulatorio: <input type="checkbox"/>			
Nombres:		Especialista:		Edad:		Fecha de nacimiento:					
Peso:		Talla:		Superficie corporal:		Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Etnicidad:			
Barreras para la comunicación y el aprendizaje: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		Especialidad:		Religión:							
Antecedentes de importancia:		Alergias:		Especialidad:							
Diagnóstico médico:		Especialidad:		Especialidad:							
Grupo programado:		Especialidad:		Especialidad:							
Hora de ingreso a recuperación:		Pase a sala no.:		Hora de regreso a recuperación:		Egresó a cama no.:					
RECEPCIÓN DEL USUARIO Y VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO											
<input type="checkbox"/> Preparación psico-emocional <input type="checkbox"/> Ausencia de prótesis <input type="checkbox"/> Ausencia de alhajas <input type="checkbox"/> Componentes sanguíneos disponibles		<input type="checkbox"/> Preparación fisiológica <input type="checkbox"/> Vaciamiento intestinal <input type="checkbox"/> Vaciamiento de vejiga		<input type="checkbox"/> Preparación física <input type="checkbox"/> Colocación de turbante <input type="checkbox"/> Compresión de miembros inferiores <input type="checkbox"/> Material y medicamentos disponibles		<input type="checkbox"/> Bata limpia <input type="checkbox"/> Limpieza en general del cuerpo <input type="checkbox"/> Ausencia de ropa interior <input type="checkbox"/> Equipo e instrumental disponible y funcional		Horas de ayuno: Hora de último baño:			
ESTADO DE CONCIENCIA <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> No reactivable		FACE <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Colorado <input type="checkbox"/> Otras:		COLORACIÓN <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Rubicundez <input type="checkbox"/> Otras:		ACTIVO <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Forzado <input type="checkbox"/> Pasiva <input type="checkbox"/> Otras:		CONSTITUCIÓN <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Obesa <input type="checkbox"/> Esquelético		CONFORMACIÓN <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mala	
HERIDAS T.A. Anticida T.A. Diastólica F. Cardíaca F. Respiratoria Temperatura Saturación O2 Reflejos Glasgow Perímetros		RIESGO DE CAÍDAS Factores de riesgo presentes: <input type="checkbox"/> Antecedente de caídas <input type="checkbox"/> Estado mental alterado <input type="checkbox"/> Farmacología de riesgo <input type="checkbox"/> Limitación física <input type="checkbox"/> Edad < de 5 o > de 60 años <input type="checkbox"/> Problema de comunicación		NIVEL DE RIESGO: <input type="checkbox"/> Bajo riesgo <input type="checkbox"/> Alto riesgo		RIESGO DE U.P.P. Factores de riesgo presentes: <input type="checkbox"/> Alteración de la movilidad física <input type="checkbox"/> Estado nutricional deficiente <input type="checkbox"/> Exposición a la humedad <input type="checkbox"/> Indicación de reposo absoluta <input type="checkbox"/> Limitación en la actividad física <input type="checkbox"/> Percepción sensorial limitada		NIVEL DE RIESGO: <input type="checkbox"/> Bajo riesgo <input type="checkbox"/> Medio riesgo <input type="checkbox"/> Alto riesgo		Limitación presente para: <input type="checkbox"/> Alimentarse <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Dependiente en alguna función <input type="checkbox"/> Independiente en sus funciones	
DISPOSITIVOS / ACCESOS Catéter Venoso Central Catéter Venoso Periférico		Fecha de instalación: _____ Hora: _____		Dirección instalación: _____ Responsable de la instalación: _____		Permeable <input type="checkbox"/> Funcional <input type="checkbox"/> Limpio <input type="checkbox"/>					
SOLUCIONES PARENTERALES Tipo: _____ ml / lit. _____ Fecha de verificación: _____											
COMPONENTES SANGUÍNEOS Grupo sanguíneo: _____ ABO: _____ Rh: _____ Tiempo fuera de refrigeración: _____ Observaciones: _____											
CONTROL DE LÍQUIDOS Heridas: _____ Uñas: _____ Secreciones: _____ Vómito: _____ Sangrado: _____ Total de ingresos: _____ Balance: _____ Total de egresos: _____											
NOTAS CLÍNICAS DE EVOLUCIÓN / OBSERVACIONES											

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES

PROCEDIMIENTO QUE GUÍA LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE



Código: HRAEB - PR - DM - SSS - CDT - 01

Rev. 1

Hoja: 26 de 26

Hoja de registro clínico de enfermería. Procedimientos quirúrgicos. Hoja 4 de 4.

ESTADO DE CONCIENCIA		FADE		COLORACIÓN		ACTIVOS		CONSTITUCIÓN		CONFORMACIÓN	
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Normo	<input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Vestibulo	<input type="checkbox"/> Fuerte	<input type="checkbox"/> Débil	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Mala
<input type="checkbox"/> Somnoliento	<input type="checkbox"/> Estuporoso	<input type="checkbox"/> Distorsión	<input type="checkbox"/> Edematoso	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Rubor	<input type="checkbox"/> Parado	<input type="checkbox"/> Pasivo	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Obeso	Especifique:	
Horario:		Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:			
T.A. Sistólica		VALORACIÓN DEL DOLOR		Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
T.A. Diastólica				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
F. Cardíaca				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
F. Respiratoria				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
Temperatura				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
Saturación O2				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
Reactivos:				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
P. Arterial				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
Glicemia				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
M. Ventilación				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
F.I. O2				Hora:		Ubicación:		Intensidad:		Tipo:	
CAÍDAS: Factores de riesgo		Nivel de Riesgo:		U.P.P. Factores de riesgo		Nivel de Riesgo:		PLAN DE CUIDADOS EN EL POST-QUIRÚRGICO:		DATOS SIGNIFICATIVOS	
<input type="checkbox"/> Antecedente de caídas		<input type="checkbox"/> Bajo riesgo		<input type="checkbox"/> Alteración de la movilidad física		<input type="checkbox"/> Bajo riesgo		Hora:			
<input type="checkbox"/> Estado mental alterado		<input type="checkbox"/> Alto riesgo		<input type="checkbox"/> Estado nutricional deficiente		<input type="checkbox"/> Medio riesgo		Hora:			
<input type="checkbox"/> Farmacología de riesgo				<input type="checkbox"/> Exposición a la humedad		<input type="checkbox"/> Alto riesgo		Hora:			
<input type="checkbox"/> Limitación física				<input type="checkbox"/> Indicación de reposo absoluto				Hora:			
<input type="checkbox"/> Edad <= 5 ó >= 60 años				<input type="checkbox"/> Limitación en la actividad física				Hora:			
<input type="checkbox"/> Problema al comunicarse				<input type="checkbox"/> Percepción sensorial limitada				Hora:			
SOLUCIONES PARENTERALES:		Iniciado:		Doble verificación:		DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA		Hora:			
Medicamentos:		Dosis:		Hora:		Doble verificación:		Hora:			
COMPONENTES SANGUÍNEOS		Grupo sanguíneo:		Rb:		Tiempo filtro		Hora:			
Componente:		Folio:		Volumen:		Masa:		Hora:			
Presencia reacción: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		Observaciones:		Hora:		Doble verificación:		Hora:			
CONTROL DE EQUIPOS		Horario:		Horario:		Doble verificación:		Hora:			
Sol:		Ureña:		Presión:		Doble verificación:		Hora:			
C. Sanguíneo:		Secreciones:		Vomito:		Doble verificación:		Hora:			
Medicamentos:		Sangrado:		Drenajes:		Doble verificación:		Hora:			
Total de ingresos:		Solución:		Doble verificación:		Doble verificación:		Hora:			
Total de egresos:		Doble verificación:		Doble verificación:		Doble verificación:		Hora:			
NOTAS CLÍNICAS / OBSERVACIONES		Doble verificación:		Doble verificación:		Doble verificación:		Hora:			
Nombre completo del supervisor y jefe de servicio de enfermería		Nombre completo y firma de personal de enfermería		Nombre completo del supervisor y jefe de servicio de enfermería		Doble verificación:		Hora:			

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre:	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
	Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2021	Junio 2021	Junio 2021